Ein Beitrag zur Kenntnis

der

Chorea gravidarum.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Erlangen

vorgelegt von

Kobo Arai

aus Japan.

Erlangen.

K. b. Hofbuchdruckerei von Aug. Vollrath.

1895.

Seinen teuren Eltern

in

inniger Liebe gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535724_0157

Über das Auftreten von schwerer Chorea bei Schwangeren gibt es bereits eine grosse Anzahl von sorgfältigen klinischen Beobachtungen. Dennoch ist uns der eigentliche Zusammenhang zwischen der Chorea und der Schwangerschaft völlig unbekannt. Zwar hat Dickinson (cf. Schmidts Jahrb. Bd. 162, S. 199) die Ansicht ausgesprochen, dass der Chorea eine Reizung des Uterus zu Grunde liege und hat diese Behauptung dadurch zu unterstützen gesucht, dass er auf die auch sonst nachweisbaren Beziehungen zwischen Chorea und sexuellen Vorgängen hinweist. So z. B. scheint auch die Menstruation einen Einfluss auf den Eintritt und das Verschwinden der Chorea zu haben. Allein bei unbefangener Beurteiluug wird man zugestehen, dass eine sichere Beziehung zwischen Uterin-Reizung und Chorea noch nicht nachgewiesen ist.

So wird man sich zunächst, wie bei anderen Fragen, auch bei der Besprechung der Chorea gravidarum zunächst auf den rein klinischsymptomatologischen Standpunkt stellen müssen. Wir wissen ja auch über das Wesen der gewöhnlichen Chorea erst wenig. Wir vermuten nur, dass die gewöhnliche Chorea mit irgend welchen Infektionen und Intoxikationen des Körpers (z. B. Polyarthritis rheumatica) zusammenhängt. Wir können annehmen, dass die Wirksamkeit derartiger Intoxikationen durch gewisse Nebenumstände gesteigert wird — und zu diesen Nebenumständen scheint

auch die Gravidität zu gehören. Daneben können noch andere Gelegenheitsursachen eine Rolle spielen, z. B. Schreck, andere Erkrankungen und dergl. Wie wechselnd in den einzelnen Fällen der Einfluss der Gelegenheitsursachen ist, erkennt man an den verschiedenen Beobachtungen über die Beziehungen der Menstruation auf die Chorea. So hat man z. B. Fälle beobachtet, wo die Chorea vor der Menstruation begann und mit dem Eintreten der Menstruation sofort verschwand. Andererseits sah Harrison eine Patientin, bei welcher jedesmal mit der Menstruation zugleich eine Chorea auftrat. Muray sah sogar während der Menstruation durch eine heftige Chorea den Tod eintreten. Andererseits berichtet Barclay über einen Fall von Chorea mit völliger Amenorrhoe. Alle diese Beobachtungen, deren Zahl wir noch vermehren könnten, zeigen also, wie kompliziert und verschieden die Verhältnisse in Wirklichkeit sind.

Ebenso schwer ist es, feste Regeln in der Beziehung zwischen Chorea und Schwangerschaft aufzustellen. Besonders häufig tritt Chorea bei solchen Schwangeren auf, welche schon früher einmal an Chorea gelitten haben. Andererseits kann aber die Chorea in der Gravidität auch zum ersten Male auftreten. Zuweilen erscheint die Chorea bei Erstgebärenden (wohl der häufigste Fall) und zeigt sich bei etwaigen späteren Geburten nicht wieder. Oder auch, sie tritt bei jeder neuen Schwangerschaft von neuem auf. Selten ist es, dass die erste Gravidität ohne Chorea verläuft und dass sich die Chorea erst in einer der späteren Schwangerschaften zeigt. Doch ist auch dies beobachtet worden. Was den Eintritt der Chorea während der Schwanger-

schaft betrifft, so scheint das Auftreten der ersten Zuckungen am häufigsten während der ersten Schwangerschaftsmonate zu erfolgen. Doch ist auch das Auftreten von Chorea gegen Ende der Gravidität festgestellt. Zuweilen hört die Chorea schon vor der Geburt wieder auf, oder sie hört gleich nach der Geburt auf, oder sie dauert noch bis ins Wochenbett fort. Die Schwangerschaft kann trotz bestehender Chorea ihr normales Ende erreichen — oder es tritt Frühgeburt und Tod des Kindes ein.

Ich teile im folgenden zunächst noch die Ansichten und Erfahrungen einiger älterer und neuerer Beobachter über Chorea gravidarum mit. Hierbei werden auch manche Punkte über Prognose und Therapie des Leidens zur Sprache kommen.

Stunde (Petersburger med. Zeitschrift, Bd. VII, Schmidts Jahrb. Bd. 126) glaubt, dass das weibliche Geschlecht überhaupt eine erhöhte Disposition zur Chorea habe. Auffallender Weise seien Erkrankungen an Chorea gravidarum im Norden häufiger als im Süden. In den Tropen soll Chorea gravidarum fast garnicht vorkommen. Als wirksame Neben-Ursachen nennt St. noch Gemütsbewegungen, geistige Überreizungen, körperliche Reize von den Genitalien und vom Darmtraktus aus. Auch die Nachahmung spiele eine Rolle.

Henri Roger (Schmidts Jahrb. Bd. 133) legt das Hauptgewicht auf einen vorhergegangenen Rheumatismus acutus. Die Chorea ist nach ihm stets eine rheumatische Affektion. Auch bei der Chorea gravidarum ist durch genaue Anamnese dieses ätiologische Moment meist zu finden. Auch die Häufigkeit von Herzfehlern bei der

Chorea gravidarum findet in dem Gesagten ihre Erklärung.

James H. Levick (Schmidts Jahrb. Bd. 133) legt auf die psychischen Momente (Furcht und dergl.) grosses Gewicht. Den Einfluss von Rheumatismus stellt er nicht in Abrede. Herzfehler fand er nur selten. Körperliche Reize (Wurmreize, Zahnreize, Hautausschläge, Uterinleiden) sind zu beachten.

Mosler (Schmidt's Jahrb. Bd. 115) gibt eine sehr lehrreiche Zusammenstellung der Resultate von 21 Beobachtungen.

„Es erkrankten meist Primiparae von teils anämischer, teils blühender Konstitution; 5 von ihnen hatten schon früher einmal an Chorea gelitten, und zwar 2 davon in der ersten Schwangerschaft. In 8 Fällen ging Schreck unmittelbar dem Ausbruch vorher; dieser erfolgte von den ersten bis zum letzten Monat der Schwangerschaft, besonders aber in den ersten. Der Beginn war entweder plötzlich, oder allmählich, der zuerst ergriffene Körperteil verschieden, auch die später bevorzugten Teile waren nicht die gleichen; die Intensität, war manchmal ausserordentlich, der Schlaf sistierte fast stets die Krämpfe; bisweilen gesellten sich epileptiforme Convulsionen dazu. Ein Abortus erfolgte 4 mal und mit ihm verschwand 3 mal die Chorea sogleich, 1 mal allmählich. Frühgeburt trat 3 mal ein, 2 mal im 9., einmal im 7. Monat, ebenfalls mit sofortigem Aufhören der Chorea, wie es scheint in allen 3 Fällen. Bis zum normalen Schwangerschaftsende dauerte die Chorea 5 mal und hörte dann sogleich 2 mal, allmählich 1 mal auf. 1 mal dauerte sie bis zum später erfolgten Tode fort.

Über 1 Fall fehlen die Angaben. Vor dem Eintritt der Geburt verschwand sie 9 mal, in 3 Fällen bei gleichzeitiger Anämie nach dem Gebrauch von Eisen. Neben diesem wurde besonders Zink empfohlen.

Auch W. S. Birkes (Schmidts Jahrb. Bd. 121) hat interessante Beiträge zur Lehre von der Chorea gravidarum gegeben.

Nach Birkes tritt die Chorea gravidarum meistens im 2. — 5., selten in den späteren Schwangerschaftsmonaten, zuweilen selbst nach der Entbindung auf; sie ist häufiger bei Primiparen und namentlich im jüngeren Alter von 19 — 24 Jahren. Die Wiederholung der Chorea bei wiederholter Schwangerschaft ist zwar von Lever und Romberg beobachtet worden, findet aber nicht notwendig statt. Bei manchen Personen war die Chorea schon früher dagewesen. Meist hält sie bis zum Schluss der Schwangerschaft an; nur in einzelnen Fällen dauert sie länger.

Alle diese Momente tragen nichts zur Erklärung des Zusammenhanges zwischen der Chorea und der Schwangerschaft bei; dagegen scheint die mit der Schwangerschaft verbundene nervöse Aufregung bei ohnehin schon reizbaren jüngeren Personen ein Moment für die Chorea abzugeben, namentlich wenn noch besonders aufregende Umstände: Scham, Kummer, plötzlicher Schreck etc. hinzutreten. Eine Hauptursache der Chorea scheint aber auch hier in den gleichzeitigen endokardialen Klappenveränderungen zu liegen. Leider sind die bisher veröffentlichten Fälle nicht genau genug beschrieben, und bei tötlichem Ausgang ist die Beschaffenheit des Herzens nicht genug berücksichtigt worden.

Schliesslich führe ich noch an, was ein neuerer Autor, P. Müller, in seinem Handbuch der Geburtshilfe (Bd. III S. 895) über die Chorea gravidarum für Angaben macht.

Die Chorea tritt nach P. Müller in der Schwangerschaft häufiger auf, als bei den übrigen Generationsvorgängen und zwar meistens in der ersten Hälfte derselben und bei sehr jugendlichen Individuen. Nach Wenzel kommen 60% der mit Gravidität komplizierten Choreafälle auf Primiparae.

Unter den ätiologischen Momenten lassen sich mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit Heredität, Chlorose, Rheumatismus aufführen. Die Chorea gravidarum tritt in 2 Formen auf, einer leichteren und einer schwereren. Erstere entwickelt sich allmählich und endigt häufig schon während der Schwangerschaft in Genesung. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verlaufen meist ungestört. Jedoch sind Recidive bei der Geburt, oder im Puerperium nicht ausgeschlossen. Bei der anderen setzt die Erkrankung meist plötzlich ein und erlangt einen hohen Grad von Intensität bezüglich der Anzahl der von Krämpfen ergriffenen Muskeln, welcher sich bis zu allgemeinen Convulsionen steigern kann. Temperatursteigerungen treten zuweilen ein. Die geistigen Funktionen bleiben meist ungestört, jedoch können Delirien auftreten und Psychosen die Folge sein. Der Verlauf ist häufig ein sehr rapider, zieht sich jedoch auch bei dieser Form meist in die Länge. Der letale Ausgang während der Schwangerschaft ist selten, häufiger erfolgt dabei Abortus oder Frühgeburt und erst nach der Ausstossung der Frucht erfolgt der Tod. Die Krankheit, in

der Gravidität geheilt, kann bei der Geburt, oder im Puerperium wieder auftreten. Die Fälle, wo die Krankheit erst im Wochenbett auftrat, sind äusserst selten.

Der Fötus geht meist schon während der Schwangerschaft oder unter der Geburt zu Grunde. Die Statistiken von Romberg und Fehling ergeben ungefähr 30% Todesfälle. Damit stimmt die statistische Zusammenstellung Müllers. Von 81 Fällen verliefen 26 tötlich. Der Tod ist nach Fehling nicht direkt, sondern den Komplikationen, wie Herzfehler und Gehirnaffektionen zuzuschreiben.

Auf eine Wiedergabe der zahlreichen einzelnen veröffentlichten Fälle verzichte ich, nur die folgende Tabelle von Dr. Barnes teile ich hier mit. Ich habe den 56 Fällen dieser Tabelle noch 8 andere hinzugefügt, welche ich in der neueren Litteratur gefunden habe. Es sind dies die Fälle von Sieckel, (Inaug.-Diss. Leipzig 1870, bei Fr. Andreaes Nachf.), 1 Fall von Dr. Fr. Weber in Petersburg (Berl. klin. Wchschr. VII. 5. 1870), 1 von Dr. James Russel (med. Times and Gaz. Jan. 8. 1870.), 1 von Dr. H. Thompson und Dr. Hall Davis (Lancet. II. 15. Okt. 1868) und 1 von Fehling (Arch. f. Gynaecol. VI. 1. p. 137. 1873.)

Nummer.	Autor.	Alter, Jahre.	Zahl der Schwanger-schaften.	Monat der Schwanger-schaft.	Verlauf der Chorea.
1	Riedlin.	—	—	—	—
2	Frank.	—	1	1—2	—
3	Dubois.	19	1	7	Bald geheilt.
4	Hufeland.	19	—	7	Geheilt.
5	„	—	—	—	—
6	Furnes.	—	—	3	Geheilt in 19 Tagen.
7	Mayo.	—	—	4	2 Monat Dauer.
8	Turner.	23	1	9	Heftig.
9	Richelot.	20	1	3	Geheilt in $3^1/_2$ Monat.
10	Ingleby.	—	1	6—7	Geheilt vor Ablauf der Schwangerschaft.
11	„	—	1	4	Dauerte bis nach der Entbindnng
12	Lever.	—	1	3	Hörte auf bei der Entbindung.
13	„	—	2	3	Diese Pat. wie 12. — Hörte auf nach Abortus.
14	„	—	1	3	Aufhören vor der Geburt.
15	„	jung	2	2	Durch die ganze Schwangerschaft.
16	„	20	3	4	„
17	Scanzoni.	24	1	4	Bis zum 9. Monat.
18	Mosler.	24	2	3	Bis zur Geburt.
19	Helfft.	20	2	1	Bis zum Abortus.
20	„	23	2	3	„
21	Ungen.	18	1	5	Aufhören vor Abortus.
22	Hand.	23	1	6	„
23	Bezold.	19	1	5	„

Verlauf der Geburt, Kind tot oder lebend.	Befinden der Mutter.	Behandlung.	Bemerkungen.
—	Genesen.	—	Chorea in der Kindheit.
Spontan im 5. Monat.	„	—	Ebenso.
Rechtzeitig.	„	—	—
—	„	—	—
—	„	—	Mit Rheumat. complic.
—	„	—	—
Rechzeitig, lebend.	„	—	Das Kind hatte von Geburt an Chorea. [?]
„	„	Liq. ferri.	—
„	„	—	Chorea in der Kindheit; bei einer 2. Schw. kein Relaps.
„	„	Eisen und Purgantien.	Chorea in der Kindheit.
„	„	Purgantien nützlich.	—
„	„	—	—
Abortus im 5. Monat.	„	—	Schreck als Ursache.
Rechtzeitig, lebend.	„	Zink. sulf.	—
„	„	„	Keine Chorea in der 1. Schwangerschaft.
„	„	—	Chorea in der Kindheit.
Frühgeburt.	„	—	—
Rechtzeitig.	„	—	Chorea im 19. J., die mit Eintritt der Menstruation aufhörte.
Im 5. Monat.	„	—	Ursache: Schreck; Chorea in der Kindheit; keine in der 1. Schw.
„	„	—	—
„	„	—	—
„	„	Zink. sulf.	Ursache: Ein Unglücksfall.
„	„	„	—

Nummer.	Autor.	Alter, Jahre.	Zahl der Schwangerschaften.	Monat der Schwangerschaft.	Verlauf der Chorea.
24	Romberg.	20	1	1	Bis zum Abortus.
25	„	23	2	2	Bis zur Geburt.
26	„	18	1	1—2	Bis zur Mitte der Schwangerschaft.
27	Chambers.	23	1	—	Bis zur Geburt.
28	Pye-Smith.	23	2	9	—
29	Trousseau.	20	—	—	Geheilt in 27 Tagen.
30	Woodmann.	—	1	2	Geheilt vor der Frühgeburt.
31	„	18	1	4	Geheilt vor der Geburt.
32	Barnes.	20	3	5	Übergang in Manie.
33	Levick.	17	1	3	Bis zur spontanen Frühgeburt.
34	„	35	4	4	Bis zur Geburt.
35	Sée.	20	1	9	„
36	„	32	—	—	—
37	a) Lawson-Tait.	22	1	4	Aufhören im Moment der rechtzeitigen Geburt.
37	b) „	—	2	1—2	„
37	c) „	—	3	1—2	Geheilt nach Abortus.
38	Gubler.	22	2	5	Heftig.
39	Woodmann.	20	1	7	Bis 2 Monat nach der rechtzeitigen Geburt.
40	Ingleby.	—	1	—	—
41	„	—	1	3	—
42	„	—	—	—	—
43	„	—	—	—	—
44	„	—	—	9	—

Verlauf der Geburt, Kind tot oder lebend.	Befinden der Mutter.	Behandlung.	Bemerkungen.
Im 6. Monat.	Genesen.	—	Ursache: Fall ins Wasser.
Rechtzeitig.	„	—	—
„	„	Zinkum.	Die Chorea recidivierte i. der 2. Schwangerschaft, nicht in der 3.
„	„	—	Acuter Rheumatismus, Herzfehler.
„	„	Zink. ferr.	Schreck als Ursache.
—	„	Nux vom. — Morf.	Geistesstörung.
Im 8. Monat, Kind lebend.	„	—	—
Rechtzeitig.	„	—	Chorea in der Kindheit.
Im 7. Mt. künst. Frühgeburt, lebend. Kind.	„	—	Chorea in der Kindheit und in d. 2. Schwangerschaft.
Kind tot.	„	Opium.	Schreck als Ursache.
Rechtzeitig.	„	—	—
„	„	—	Rückkehr der Chorea nach der Geburt.
—	„	—	Chorea im 15. Jahre.
—	„	—	Im 16. Jahre.
—	„	—	—
Im 3. Monat.	„	—	—
Rechtzeitig.	„	—	Chorea in der Kindheit und 1. Schwangerschaft.
—	„	—	—
—	Gestorben	—	—
—	„	—	Ein Ei von 3 — 4 Monat im Uterus.
—	„	—	Geschwür im Darm.
—	„	—	Schwellung des Gehirns.
Rechtzeitig, Kind tot.	„	Opium.	Blutung.

Nummer.	Autor.	Alter, Jahre.	Zahl der Schwangerschaften.	Monat der Schwangerschaft.	Verlauf der Chorea.
45	Tuckwell.	20	1	1—2	—
46	Lee u. Barnes.	jung	2	6	—
47	Hine.	21	2	8	15 Tage krank.
48	Trousseau.	24	—	5	—
49	Lawson-Tait.	28	4	1	3 Monat lang.
50	Pritshard.	19	—	—	—
51	Levick.	17	1	5	—
52	Ogle und Day.	—	—	3	—
53	Ogle und Boyd.	23	2	6	—
54	Ogle	17	1	1	Manie.
55	Louis u. Aran.	20	2	5	Manie.
56	Woodmann.	18	1	8	Scarlat; Eklampie.
57	Sieckel.	24	1	6	Aufhören 8 Tage vor der Geburt.
58	„ Dieselbe.	27	2	6	Bis kurz nach der Entbindung.
59	„	26	1	6	„
60	„	23	3	5	„
61	Fehling.	23	1	7	„
62	Russel.	21	1	5	Gebessert entlassen vor der Geburt.
63	Weber.	33	5	9	Heilung durch die Geburt.
64	Thompson und Davis.	20	2	6	Dauer bis 1 Monat nach der Entbindung.
65	Romberg.	47	—	—	Nach der Entbindung begann die Chorea.
66	Ogle.	26	—	—	Ebenso.

Verlauf der Geburt, Kind tot oder lebend.	Befinden der Mutter.	Behandlung.	Bemerkungen.
Nicht entbunden.	Gestorben	—	Auflagerung auf den Herzklappen.
Frühgeburt.	„	—	Vegetationen a. d. Mitralis.
„	„	—	Erweichung der Medulla.
—	„	—	Polypöse Wucherungen auf der Mitralklappe.
Künstliche Frühgeburt.	„	—	Zucker im Urin; Chorea in der Jugend.
Abortus.	„	—	Prostituierte.
Nicht entbunden.	—	–	6 monatlicher Fötus im Uterus.
„	„	—	Spinalmeningitis.
Frühgeburt.	„	—	Erweichung des Markes.
Nicht entbunden.	„	—	4 monatlicher Fötus, Erweichung des Markes.
Frühgeburt.	„	Zink, Kälte, Opium.	—
Rechtzeitig.	Gest. b. d. Geburt.	—	Urin eiweisshaltig.
Rechtzeitig. Forceps.	Genesen.	—	—
Normal.	„	—	—
„	„	Ferr.	—
„	„	—	—
„	„	—	—
—	„	Chloral.	—
Rechtzeitig.	„	Morf. — Chloroform.	Schreck als Ursache.
Abortus im 6. Monat.	„	Arsen, Bromkali, Chlorof.	Chorea in der Kindheit und 1. Schwangerschaft. — Herzgeräusch.
—	—	—	—
—	Gestorben	--	Hyperämie d. Gehirns; fibröse Auflagerung d. Mitralis, Uterus hart und gross.

Die Prognose der Chorea gravidarum ist, wie aus dieser Tabelle hervorgeht, etwas ungünstiger, als bei der gewöhnlichen Chorea minor. Von den 66 Fällen endeten 18 tötlich = 27,3%, bei weitem am häufigsten waren Erstgebärende befallen: 31 von 51 Fällen. Das am häufigsten befallene Alter war das 20. — 23. Jahr. Bei 14 Schwangeren war schon vor der Schwangerschaft in der Kindheit, oder Pubertätszeit Chorea beobachtet worden. In 29 Fällen von 52 hatte die Chorea keinen nachteiligen Einfluss auf den Verlauf der Geburt, in 7 Fällen erfolgte spontane Frühgeburt, in 2 Fällen wurde dieselbe künstlich herbeigeführt, 11 mal erfolgte Abortus, meist im 5. — 6. Monat, 3 Frauen starben unentbunden.

Die pathologische Anatomie hat bei der Chorea gravidarum keine deutlicheren Veränderungen nachgewiesen, als bei der Chorea überhaupt. Die Sektionsergebnisse lieferten keine übereinstimmenden Resultate. Bald fanden sich anatomische Veränderungen in den Nervencentren, wie Embolien, Erweichung etc., oder im Herzen, wie Klappenfehler, fibrinöse Auflagerungen, bald fehlten diese Befunde und wo sie sich fanden, blieb es unentschieden, ob sie die Ursache oder die Folge der Chorea darstellten.

Die Symptome der Chorea gravidarum unterscheiden sich in nichts von denen der Chorea minor bei anderen Individuen.

Bei der Therapie kommen deshab dieselben Gesichtspunkte zur Geltung wie bei jener, nur dass hier absolute Ruhe und Fernhaltung jedes aufregenden Momentes noch dringender geboten ist. In leichteren Fällen und den meisten genügt das exspektative Verhalten, um die Chorea ohne Nachteil für das Geburtsgeschäft zu heben, in schweren Fällen wird das Chloral sehr empfohlen (Russel, Ploss) auch Bromkali leistete sehr oft gute Dienste, (Weber) sonst wurden noch Eisen, Strychnin, unterphosphorsaures Natron (Radcliffe) mit Erfolg

gegeben; die Einleitung der Frühgeburt ist nach Barnes indiziert, wenn die Chorea sehr heftig und mit Manie kompliziert ist; die Einleitung der künstlichen Frühgeburt muss hier auf ganz besonders schonende Weise geschehen, da oft schon bei dem geringsten äusseren Reiz, z. B. bei der Vaginaluntersuchung die Chorea bedeutend gesteigert wird (Fehling). Am meisten dürfte sich das Einlegen eines elastischen Katheters in den Uterus empfehlen (Barnes).

Ich komme nun zur Mitteilung eines neuen, noch nicht publizierten Falles von schwerer Chorea gravidarum, welcher zunächst längere Zeit auf der hiesigen medizinischen Klinik, dann auf der hiesigen geburtshilflichen Klinik beobachtet worden ist. Die ausführliche Krankengeschichte ist in mehrfacher Hinsicht so interessant, dass ihre ausführliche Wiedergabe gerechtfertigt ist. Ich habe die Kranke selbst genau beobachtet und mich von dem gesamten Krankheitsverlauf selbst überzeugt.

Kranken-Geschichte.

Jahrgang 1894.

Name, Alter: Schriefer, Anna; 24 Jahre.
Heimat: Pretzfeld.
Stand, Religion: Dienstmagd; kath.
Aufenthaltszeit I: vom 10. XI. 94. bis 30. XI. 94.
II: vom 11. XII. 94. bis 30. XII. 94.
Krankheit: Chorea gravidarum.

Anamnese.

Patientin, die in ihren Angaben sehr wenig zuverlässig erscheint, behauptet bisher nie krank gewesen zu sein. Ob sie einmal Gelenkrheumatismus oder Herzbeschwerden

gehabt habe, wisse sie nicht. Auf die Frage, wann sie ihre letzte Periode gehabt habe, gibt sie zunächst konstant an, dass dies vor 3 Wochen gewesen sei. Erst nachdem dieselbe Frage annähernd 20 Mal an sie gestellt worden war, sagt sie 3 Wochen, oder 3 Monate, das wisse sie nicht mehr genau.

Im Herbst 1894 vor ca. 3 Monaten sei ihr einmal, nachdem sie von einer Leiter heruntergestiegen, sehr schwindlich geworden, sie habe momentan nichts mehr sehen können. Seit dieser Zeit leidet Patientin an Kopfschmerzen, und auch Schwindelanfälle haben sich seitdem eingestellt. Nie Übelkeit, nie Erbrechen, nie Appetitmangel.

Der Anfang ihrer jetzigen Erkrankung, wegen der sie das Spital aufsucht, scheint ihr selbst zuerst verborgen geblieben zu sein. Nach ihrer Angabe ist sie zuerst am vergangenen Montag, 3. November von ihrem Dienstherrn darauf aufmerksam gemacht worden, dass sie „herumfahre, als ob sie nicht recht bei einander sei", die Bewegungen sollen sich damals auch auf den Kopf und den linken Arm beschränkt haben.

Am Mittwoch frühmorgens seien ihr die Füsse eiskalt und der Kopf heiss gewesen, sodass sie sich gern, wenn es die Arbeit erlaubt hätte, ins Bett gelegt haben würde, um zu schwitzen. Ihr selbst sei ihre Bewegungsunruhe zum ersten Mal am vergangenen Freitag, den Tag vor ihrer Einlieferung ins Spital aufgefallen. Am Donnerstag blieb sie im Bett liegen, weil es sie immer fror. Arbeiten ist ihr seit Mittwoch unmöglich gewesen. Ähnliche Krankheit im selben Orte nicht vorhanden. Heredität ohne Interesse.

Status praesens:

Ziemlich kleine, gracil gebaute Patientin, von ziemlich guter Muskulatur und ebensolchem Fettpolster (Patientin liegt im Bett).

Kopf: Sowohl im oberen wie im unteren Facialisgebiet erfolgen mit ganz kurzen Unterbrechungen alle möglichen sonderbaren Bewegungen, Stirnrunzeln, Heben der Augenbrauen, Augenzwinkern. (Die Bulbi machen weniger häufig Bewegungen.) Heben und Senken der Mundwinkel. Schnalzende, ziehende Bewegungen mit den Lippen und der Zunge; Hin- und Herbewegungen, sowohl motorische, wie opisthotonische des ganzen Kopfes. Der Unterkiefer verschiebt sich bald nach rechts, bald nach links.

Hals: Unregelmässiges Vorspringen und wieder Verschwinden der Sternocleidoidei.

Obere Extremitäten: Die linke Schulter wird fast unaufhörlich in die Höhe gezogen, während dabei der ganze Arm Extensionsbewegungen macht. Der rechte Arm und die rechte Schulter machen nur selten Bewegungen. Noch seltener erfolgt eine Bewegung in den Handgelenken, beiderseits Bewegungen der Finger im ganzen treten nur äusserst selten ein. Bewegungen einzelner Finger für sich konnten bis jetzt nicht beobachtet werden.

Untere Extremitäten machen hauptsächlich Beuge- und Streckbewegungen in unregelmässiger Aufeinanderfolge in allen Gelenken; dann auch Adduktionsbewegungen mit Übereinanderlegen der Beine, Rotationsbewegungen im Hüftgelenk. Bei allen diesen Bewegungen verschieben sich immer die beiderseitigen Zehen mit hörbarem Geräusch aneinander. In der Rückenmuskulatur treten ebensolche unregelmässige Kontraktionen wie in der Extremitätenmuskulatur auf, welche opisthotonische Bewegungen der Wirbelsäule und seitliche Krümmungen derselben zur Folge haben. Ein direktes Heben des Beckens tritt nicht ein.

Thorax: Bei der Atmung fällt das völlig regellose der aufeinander folgenden Inspirationen auf. Die Luft

wird meist mit hörbarem Geräusch eingezogen und ausgestossen.

Lungen: 1) Percussion ergibt normale Verhältnisse 2) Auscultation: überall Vesiculaer-Athmen beiderseits; h. u. von vereinzelten bronchitischen Geräuschen begleitet.

Die Untersuchung, namentlich die Auscultation ist äusserst erschwert durch die Unruhe der Patientin.

Herz: Dämpfung nicht verbreitert, Herzaktion zur Zeit regelmässig, hie und da ein deutliches systolisches Geräusch, an der Spitze sowohl, wie über dem oberen Sternum zu hören, das aber zu anderen Zeiten wieder verschwunden ist.

Abdomen: etwas, namentlich in den unteren Partieen, vorgewölbt. In der Uterusgegend ein mässig harter ovoider Tumor, dessen obere Grenze in Nabelhöhe ist. Bei der kombinierten Untersuchung zeigt sich die portio aufgelockert und im Zusammenhang stehend mit jenem Tumor, der somit als uterus anzusprechen ist — keine striae —.

Kindliche Herztöne zu hören ist bei dem Hin- und Herwerfen im Bett unmöglich.

Mammae: beide etwas vergrössert, gute Drüsensubstanz, wenig Fett, lassen sehr leicht Colostrum ausdrücken.

Intelligenz: scheinbar recht gut, nur bezüglich der Gravidität starke Widersprüche.

Sprache: Wenn Patientin spricht, kann man deutlich beobachten, wie sie einen möglichst von choreatischen Bewegungen freien Moment benützt, um dann ein paar Worte sehr rasch und gut in gleichgiltigem Tonfall herauszubringen.

Im Stehen macht Patientin ebenfalls die sonderbarsten ausgiebigsten Bewegungen mit dem ganzen Körper, namentlich aber mit den Extremitäten.

Der Gang hat etwas theatralisch-pathetisches, bald erfolgen kleine schlürfende Schritte, bald greift

Patientin weit aus, setzt den gehobenen Fuss mit Applomb nieder und schiebt den Oberkörper rasch nach. Bis zum nächsten Schritt entsteht eine grössere oder kleinere Pause.

Während des Ganges werden ebenso wie sonst die choreatischen Bewegungen der übrigen Körpermuskulatur fortgesetzt.

Körpergewicht: 107.

Temperatur und Puls zeigen keine Besonderheiten.

Stuhlgang: angehalten.

Urin: ohne E.

Sensibilität: soweit eine Prüfung möglich, normal.

Reflexe: nicht zu prüfen, wegen der Unruhe.

---

12. XI. 94.: Während Patientin auf den Stuhl sitzt, macht sie noch immer beständige eigentümliche Bewegungen mit Kopf, Gesicht, Rumpf (Grimassen), Arme wirft sie hin und her. Mit den Beinen macht sie so heftige Bewegungen, dass sie ihre Schuhe fortschleudert, Bewegungen mit dem Rumpf so heftig, dass der Stuhl wackelt und man befürchtet, dass Patientin herunterfallen könne. Patientin kann allein stehen und auch gehen; doch ist der Gang sehr behindert. Patientin ist schon einige Male hingefallen. Besonders bevorzugte Beteiligung einer Körperhälfte ist nicht zu beobachten.

Am 10. XI. 2,0, am 11. XI. 3 × 2,0 Bromkalium.

13. XI. 94.: Die Nacht vom 11. auf 12. XI. war Patientin sehr unruhig, schlug gegen die Wand und ihre Bettstatt, stand auf und belästigte die im gleichen Zimmer befindlichen Kranken. Sie wurde deshalb gestern auf ein Zimmer allein gebracht, das verschliessbar und vergittert ist, und durch eine kleine Öffnung in der Thüre eine Beobachtung zulässt, ohne dass Patientin den Beobachter bemerken kann. Da Patientin sehr ungern schluckt und beim Einnehmen sich sehr sträubt, wird

seit gestern statt $3 \times 2{,}0$ lieber $2 \times 3{,}0$ Bromkali verabreicht.

Die Unruhe der Kranken wird immer grösser; die verflossene Nacht bot Patientin ganz das Bild einer Maniakalischen. Die Bettstatt war entfernt, und die Matratze mit den Decken auf die Erde gelegt worden.

Die ganze Nacht lief Patientin unaufhörlich mit den stärksten choreatischen Bewegungen im Zimmer umher; bald sass sie mit einem Ruck mit gespreizten Beinen am Boden, bald sprang sie wieder auf, schob sich an der Wand entlang, schwang irgendwelche Kleidungsstücke oder Decken in der sonderlichsten Weise hin und her, stiess manchmal leise Schreie aus, stiess mit voller Wucht gegen die Thür, stampfte beim Ausschreiten mit den Fersen auf den Boden, stiess sich den Kopf da und dort an, kletterte sogar auf das Fenstergesims und schnitt zu alledem die wunderlichsten Grimassen, schnalzte mit dem Gaumen und der Zunge etc. etc. Ob Patientin verwirrt dabei war, liess sich schwer entscheiden; auf Anrufen reagierte sie gar nicht, gab auch keine Antwort, teilweise vielleicht deshalb nicht, weil sie durch die äusserst starken choreatischen Bewegungen der ganzen Gesichts- und Zungenmuskulatur gehindert war.

Um $^1/_2$ 9 Uhr gestern Abend wurde, da man ernstliche körperliche Beschädigungen der Patientin zu fürchten hatte, und ihr Chloralhydrat absolut nicht beizubringen war, 0,02 Morphium hydrochloricum injiziert. Die Injektion gelang, während Arzt und 3 Schwestern mit aller Gewalt die Patientin zu halten suchten, nur mit äusserster Mühe. Darauf $^1/_2$ stündiger Schlaf, worauf die Unruhe in gleicher Intensität ihren Fortgang nahm. Um $^1/_2$ 3 Uhr diesen Morgen nochmals 0,02 Morphium subcutan unter den gleichen Schwierigkeiten; diesmal folgte ca. 2stündiger Schlaf.

16. XI. 94.: Vorgestern früh, nach jener unruhigen Nacht bekam Patientin 2,0 Chloralhydrat, worauf sie

längere Zeit ziemlich ruhig schlief; Mittags, 14. XI. 3,0 Bromkalium und Abends wieder 2,0 Chloralhydrat.

Gestern Mittag 3,0 Bromkali, Abends $^1/_2$10 Uhr nochmals 3,0 Bromkali, Abends 8 Uhr 2,0 Chloralhydrat. Die verabreichten Arzneimittel können nicht in ihrer vollen Dosis angeschlagen werden, da beim Eingeben manches verschüttet wird. Im allgemeinen ist Patientin etwas ruhiger geworden. Sie hat die Nacht von vorgestern auf gestern etwas, wenn auch wenig, geschlafen. Während des Schlafes sind keine Bewegungen zu beobachten gewesen. Die verwichene Nacht mit Unterbrechungen ebenfalls etwas Schlaf, jedoch mehr, als in der vorherigen Nacht. Auch am Tage ist Patientin etwas ruhiger. Urin enthält etwas E.

19. XI. 94.: Gestern hatte Patientin Besuch von ihren Verwandten. Trotz der kurzen Dauer desselben war Patientin die ganze Nacht entsetzlich unruhig, sie schlief keinen Augenblick; wenn sie hingelegt und zugedeckt wurde, entfernte sie bald mit den wunderlichsten Bewegungen die Decken und ging im Zimmer hin und her. Ausserdem ist es ihr trotz Vorsichtsmassregeln gelungen, bevor es verhindert werden konnte, das Gaslicht auszulöschen. Bald rief sie ziemlich laut, bald schlug sie so energisch an die Thür, dass kaum eine Kranke auf der Abteilung schlafen konnte. Momentan liess sie sich etwas beruhigen, doch kaum hatte sich der Arzt entfernt, ging das Treiben von neuem los. Gegen Morgen wurde Patientin ein wenig ruhiger. Trotz der grossen Unruhe war Patientin immer im Stande selbst zu essen, was ihr zusammengeschnitten wurde; sie bekam nur einen Löffel, damit sie sich nicht verletzen konnte.

Diesen Mittag etwa um 1 Uhr gelang es Patientin plötzlich aus dem Zimmer zu entwischen; angeblich wollte sie zu ihren Verwandten, die sie vor der Thüre stehen wähnte. Sie sträubte sich, unter dem lautesten Schreien, wieder in ihr Zimmer zurückzukehren. Endlich

gelang es, sie wieder zurückzubringen. Auf Befragen gab sie, die schon erwähnte Antwort, dass sie zu ihren Verwandten, welche in der Thüre seien, wollte. Als das Zimmer wieder geschlossen werden sollte, fehlte der Schlüssel; trotz langen Suchens war derselbe nicht zu finden. Patientin bot ihre Rocktasche selbst zur Nachschau dar, doch war der Schlüssel nicht darin. Endlich wurde derselbe in der Gartenanlage vor dem Spitale entdeckt. Patientin hatte ihn offenbar bei ihrer Flucht aus dem Zimmer rasch abzuziehen verstanden und durch das offenstehende Corridorfenster geworfen. Sie bestritt, zwar nicht direkt den Schlüssel hinausgeworfen zu haben, doch that sie sehr unschuldig bei der ganzen Affaire.

20. XI. 94.: Die Nacht war etwas ruhiger, als die von vorgestern auf gestern. Patientin glaubt immer noch, dass ihre Verwandten hier seien. Ihre ständige Rede, die sie unzählige Male wiederholt, ist: „'n Schriefer sei' Frau", dabei glaubt sie diese Frau (ihres Bruders) in einem Zimmer im II. Stock finden zu können. Sie scheint thatsächlich etwas verwirrt, denn sie gibt auch an, die Stimmen ihrer Verwandten vor der Thüre gehört zu haben.

Von der seitherigen Therapie: 2 × täglich 3,0 Bromkali und Abends 2,0 Chloralhydrat wird insofern abgewichen, als statt des Chlorals Abends 40 Tropfen einer 1 %igen Morphiumlösung verabreicht werden.

21. XI. 94.: Patientin hat ziemlich ruhig bis Mitternacht, von da ab wieder ziemlich unruhig geschlafen. Sie bekam um 12 Uhr deshalb noch 20 Tropfen einer 1 %igen Morphiumlösung. Dann wieder ziemlich ruhiger Schlaf ohne choreatische Bewegungen. Patientin war den ganzen Tag über auffallend ruhig, so dass ihrem Wunsche, wieder in einer Bettstatt schlafen zu dürfen, für heute Nacht entsprochen werden soll. Sie bekommt diesen Abend 40 Tropfen 1 %iger Morphiumlösung.

22. XI. 94.: Die verwichene Nacht ist Patientin nur ein paar Mal aufgestanden, sonst hat sie ganz ruhig geschlafen, hat sich sogar selbst zugedeckt, es friert sie heute etwas.

Sie war den ganzen heutigen Tag über auffallend ruhig, so dass ihr die Bettstelle gelassen wird. Sie hat heute sogar einen Brief mit Bleistift geschrieben.

23. XI. 94.: Gestern Abend wieder 40 Tropfen 1 % Morphiumlösung, Patientin hat darauf ausgezeichnet und tadellos ruhig geschlafen. Sie erklärt diesen Morgen selbst, dass sie sehr gut geschlafen habe und dass es ihr vortrefflich gehe. Sie schreibt heute schon wieder einen Brief, wie sie selbst sagt, um sich die Zeit zu vertreiben. Auch in Gegenwart der Ärzte schreibt sie ihren Namen, Geburtstag und -jahr auf, was verhältnismässig sehr gut geht. Man kann dabei genau beobachten, wie sie immer wartet mit dem Schreiben, bis ein von choreatischen Bewegungen möglichst freier Zeitpunkt kommt. — Sie ist heute sehr ruhig, kämmt sich sogar öfter das Haar selbst. Die genannten beiden Schriftstücke sollen der Krankengeschichte einverleibt werden. Diesen Abend bekommt Patientin ausser ihrer gewöhnlichen täglichen Bromkalidosis von 2 × 3,0 nur 20 Tropfen Morphiumlösung.

24. XI. 94.: Während der Nacht wird Patientin etwas unruhiger, so dass nochmals 20 Tropfen Morphium nötig werden; daraufhin wird Patientin wieder ruhiger.

27. XI. 94.: Die bisherige Bromkali-Therapie ist fortgesetzt worden; dabei bekam Patientin Abends 30 Tropfen 1 %ige Morphiumlösung. Es werden jedoch während der Nacht gewöhnlich nochmals 30 Tropfen nötig. Patientin ist im Allgemeinen wieder sehr unruhig geworden. Insbesondere aber hat sich seit ein paar Tagen eine Verschlimmerung dahin bemerkbar gemacht, dass eine Verwirrtheit der Patientin nun ausser

allem Zweifel steht. Patientin ist immer noch der Ansicht, dass ihre Verwandten vor der Thüre stehen und hereinsehen, insbesondere, dass die Frau ihres Bruders anwesend ist, obwohl dieselbe erst später einmal auf die Abteilung kam, ohne jedoch Zutritt zur Kranken zu erhalten. Ausserhalb glaubt sie, deutlich durch die kleine Öffnung in der Thüre die Verwandten zu sehen und zu hören, hört sogar von ihrem Dienstherrn reden, sieht und hört durch das Fenster noch andere Leute (namentlich Nachts) die sie nicht näher bezeichnet, die jedoch nach ihrer Angabe durch das, dem Fenster der Kranken nächstliegende Korridorfenster blicken und auch unten in der Gartenanlage stehen. Sie spricht äusserst lebhaft mit den Ärzten und den Schwestern, doch nie zusammenhängend, so dass ein Sinn dessen, was sie mitteilen will, nicht zu ermitteln ist, dabei wiederholt sie verschiedene Eigennamen, wie den ihres Dienstherrn Schirmer und anderer sehr oft. Nachts spricht sie immer vor sich hin, wälzt sich beständig am Boden hin und her und läuft Gefahr, sich an dem eisernen Bettgestell zu beschädigen. Auch tagsüber ist sie heute so aufgeregt, dass die Bettstelle wieder entfernt wird und dafür 3 Matratzen auf den Boden gelegt werden.

30. XI. 94.: Die Unruhe der Patientin erreichte in verwichener Nacht, namentlich gegen Morgen ihren Höhepunkt. Sie hat um $^1/_2$4 Uhr Morgens noch ihre 2. Dosis von 30 Tropfen Morphium bekommen, nachdem sie am gestrigen Abend bereits 30 Tropfen Morphium und den gestrigen Tag über statt 2 × 3,0 Bromkali, 3 × 3,0 Bromkali bekommen hatte. Sie kam die ganze Nacht keinen Augenblick zur Ruhe, sang und schrie teilweise, teilweise schlug sie an die Thür, bestieg wiederholt das Fenstergesims und machte die ausgiebigsten choreatischen Bewegungen, sass bald mit einem Ruck auf dem Boden, stand bald wieder auf, schob sich an der Wand entlang, wälzte sich auf dem Boden und schlug mit Händen und

Füssen um sich. Ähnliche Unruhe im ganzen Kopf und der ganzen Gesichtsmuskulatur. Zwischen 5 und 6 Uhr früh schreit sie, wenn auch nicht besonders stark, zerreisst ihre Bettjake und teilweise ihr Hemd und spricht dabei fortwährend vor sich hin. Man versucht in das Zimmer einzudringen, es zeigt sich jedoch, dass die Thüre an den Kloben des Gerüstes festgebunden ist. Mit einiger Mühe gelingt es, die Verknüpfung zu lösen und man sieht, dass Patientin zum Zubinden der Thüre ihre entsprechend zusammengerissene Bettjacke benutzt hat. Sie selbst steht, während man ins Zimmer tritt, auf dem Fenstersims, vollständig in die Höhe gereckt und bemüht sich unter den wunderlichsten Bewegungen das ausserhalb des Gitters befindliche Vorfenster auszuhängen, was ihr mit Ausnahme von 2 Haken auch gelungen ist, so dass das ganze Vorfenstergerüst stark wackelt. Eine Scheibe ist nicht zerbrochen. Ausserdem liegen im Zimmer Fetzen ihrer Bettjacke umher; die an der Innenseite der Thüre befindlichen, mit rundlichen Porzellanknöpfen versehenen Kleiderhaken sind demoliert. Sonst liegen noch einige Kleidungsstücke und Decken umher. Mit einigem ruhigen Zureden lässt sich Patientin vom Fenster herabheben und endlich auf ihre Matratze bringen. Bevor sie vom Fenster weggeht, zeigt sie mit dem Finger auf angeblich, vor dem Fenster befindliche Personen und bemerkt mit geheimnisvoller Flüsterstimme, dass man soeben eine Frau mit ihrem Kind weggetragen habe.

Zu bemerken ist noch, dass Patientin alles, was man zu ihr sagt, versteht, auch willig scheint, auf ruhigen Zuspruch einzugehen, nur kann sie das Verlangte manchmal, wie sie selber sagt, trotz ihres guten Willens nicht ausführen. Jedenfalls hört sie auf ruhige Ermahnung mit ihrem Schreien und dem sonstigen Lärmen etc. immer ohne Weiteres auf, allerdings nur für kurze Dauer.

Abgesehen davon, dass sie einmal versuchte, die, das Essen bringende, Magd in den Ellbogen zu beissen, wurde Patientin nie aggressiv, zeigte vielmehr, namentlich auch diesen Morgen eine mehr ängstliche Stimmung, ja sie versuchte ein paar Mal schon sich wegen irgend welcher Ungehörigkeiten zu entschuldigen, kommt aber sehr rasch wieder in das unaufhörliche Durcheinanderschwatzen von unzusammenhängenden Wörtern und Sätzen hinein.

Während des heutigen Tages hat Patientin nichts gegessen; auch war ihr medikamentös nichts beizubringen. Irgend welche Äusserungen oder Andeutungen und Geberden waren nicht zu beobachten.

Diesen Abend wird Patientin auf die gynäkologische Abteilung behufs Einleitung des Abortus gebracht. Sie zeigt sich dabei äusserst ängstlich und sucht sich in den übersprudelnsten Worten zu entschuldigen; ein rechter Zusammenhang ist aus diesen Entschuldigungen nicht herauszubringen; nur vorübergehend sträubt sie sich etwas.

Krankengeschichte aus dem Entbindungsinstitut der Universität Erlangen.

Tag der Aufnahme: 30. XI. 94.
Name, Stand, Alter: Schriefer, Anna, ledige Dienstmagd, 24 Jahre, I para.
Geburts- und Wohnort: Pretzfeld.

Anamnese.

Patientin, die in ihren Angaben sehr wenig zuverlässig erscheint, behauptet, bisher nie krank gewesen zu sein. Auf die Frage, wann sie ihre letzte Regel gehabt, gibt sie zunächst konstant an, dass dies vor

3 Wochen gewesen sei; später sagt sie, 3 Wochen oder 3 Monate, dass wisse sie nicht genau.

In diesem Herbst, vor ca. 3 Monaten sei ihr einmal, nachdem sie von einer Leiter heruntergestiegen, sehr schwindlich geworden, sie habe momentan nicht mehr sehen können. Seit dieser Zeit Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Übelkeit, Erbrechen; Appetitmangel nie vorhanden.

Notizen über den Geburtsverlauf: Gravida, welche bisher auf der internen Klinik mit Narcoticis, hauptsächlich mit Chloral behandelt wurde, und zwar mit sehr wechselndem Erfolg, wird, da maniakalische Erscheinungen eintreten, behufs Einleitung der Frühgeburt auf die geburtshilfliche Klinik verlegt. Gravidität entspricht dem 6. Monat. Fundus uteri in Nabelhöhe; wegen der starken Zuckungen sowie der Ungebührlichkeit der Gravida lässt sich ein genauer Befund nicht aufnehmen. Die Scheide mässig weit, glatt. Portio zapfenförmig. Äusserer Muttermund ein flaches, rundes Grübchen, glatt, ohne Einrisse. Mutterhals geschlossen. Nachdem die äusseren Genitalien rasiert und gründlich desinfiziert, sowie auch die Scheide mit Sublimat ordentlich ausgewaschen worden sind, wird unter Anwendung von speculis die Portio angehakt und ein etwa bleistiftdickes Bougie eingeführt. Dasselbe gelingt, bis auf einen leichten Widerstand, der sich in der Nähe des inneren Muttermundes darbietet, ohne irgendwie nennenswerte Schwierigkeit. Blutung tritt nicht auf. Damit das Bougie nicht aus der Vulva hervorrage, wird es gekürzt und mit einem starken Seidenfaden versehen. Lockere Tamponade der Scheide. Gravida ist, nachdem sie aus der Narkose erwacht, sehr ungeberdig. Sie erhält im Laufe der Nacht $2^1/_2$ cgr (0,025) Morphium subcutan. Mit kurzen Unterbrechungen tobt sie die ganze Nacht und kann nur mit Mühe im Bett gehalten werden. Am nächsten Tage tritt etwas mehr Ruhe ein.

Gravida, die bisher unter sich gehen liess, verlangt nach der Bettschüssel. Die Nacht und der nächstfolgende Tag verlaufen verhältnismässig ruhig, sie nimmt flüssige Nahrung zu sich. In der Nacht vom 2. auf 3. Dezember klagt Gravida plötzlich über Magenschmerzen, von Wehen ist jedoch nichts wahrnehmbar; es tritt auch keine Blutung auf. Um 7^{15} h wird leicht die Frucht in Steisslage ausgestossen. 5 Minuten später folgt die Placenta spontan.

Beginn der Wehen: 3. XII. 4 h a. m. (?)

Zeit der Geburt des Kindes: 3. XII. 7^{15} h a. m.

Zeit der Geburt der Placenta: 3. XII. 7^{20} h a. m.

Lage des Kindes: Steisslage.

Hilfeleistungen: Einleitung des künstlichen Abortus wegen Chorea gravidarum.

Ausgeführt durch: Dr. Schmidt.

Fruchtbefund: Ein unreifer Knabe; tot.

Wochenbettsjournal.

Unmittelbar nach der Geburt schläft Patientin viel bei vollständig klarer Besinnung. Zuckungen sind nur wenig vorhanden, Uterus gut kontrahiert, keine Nachblutung; Puls und Temperatur normal. In der Nacht tritt wieder mehr Unruhe ein, Zuckungen nehmen zu.

Das allgemeine Befinden der Wöchnerin ist ein von Tag zu Tag sich besserndes. Puls und Temperatur normal, Rückbildung des Uterus sowie der Genitalien schreitet fort. Wöchnerin erhält täglich Secale 2—3×1 gr. Die zuckenden Bewegungen an den Extremitäten, besonders den oberen, sind viel geringer, auch das Sensorium der Wöchnerin wird freier. Am 9. Tage verlässt Wöchnerin das Bett, da sich jedoch am Abend der Allgemeinzustand insofern verschlechtert, als Wöchnerin einem mehr verwirrten Eindruck macht, sich nicht von der Erde erheben will, und überhaupt widerspenstiger sich zeigt, so wird sie, da eine Isolierung angezeigt erscheint, wieder auf die medizinische Klinik verbracht.

Befund bei der Entlassung am 9. Tage p. p. XII. 94.

Bauchdecken: straff.
Mittellinie: wenig pigmentiert.
Striae: sehr wenige frische.
Nabel: eingezogen.
Fundus uteri: hinter der Symphyse.
Rima: geschlossen.
Nymphen: wenig sichtbar.
Befinden des Kindes: †-geboren.
Frenulum: erhalten.
Scheide: mässig weit, glatt.
Portio vaginalis: gut zurückgebildet.
Muttermund: oval, kleine Einrisse.
Muttermundslippen: leicht gewulstet.
Corpus uteri: gut zurückgebildet; anteflektiert, etwas weich, schmerzfrei.
Parametrien: schmerzfrei.
Ausfluss: nicht vorhanden.

12. XII. 94.: Patientin wird aus der Frauenklinik wieder in die medizinische Klinik verlegt. Die künstlich eingeleitete Frühgeburt ist ohne Besonderheiten verlaufen, bald darauf wurde die Chorea rasch geringer und zur Zeit ist dieselbe eigentlich vollkommen verschwunden, vielleicht dass hie und da eine geringe Verlegenheitsbewegung mit den Kopf oder im Gesicht zu bemerken ist.

Der psychische Zustand der Patientin ist ein sehr apathischer; auf Fragen reagiert Patientin entweder gar nicht, oder sehr mangelhaft und oft wieder mit einer gleichgiltig hingeworfenen Frage. In allem zeigt sie eine auffällige, fast an Stumpfsinn grenzende Gedankenträgheit.

K. G. ziemlich abgenommen: 90 Pfund.

18. XII. 94.: Während Patientin sehr oft bei der mit ihr angeknüpften Unterhaltung äusserst träge ist, kommen auch ziemlich oft Zeiten, wo sie sogar etwas lebhaft sich unterhält, namentlich mit ihrer Zimmergenossin und unaufgefordert dies oder jenes erzählt. Einmal hat sie sogar bei einem Weihnachtslied mitgesungen. Gestern war sie wieder sehr stumpfsinnig, kannte den Arzt nicht recht, war über die Besuchszeit unklar, und leugnete unter anderem überhaupt, aus ihrem jetzigen Zimmer zeitweise fortgewesen zu sein. Von ihrer Entbindung weiss sie angeblich nichts. Heute (Vorstellung in der Klinik) ist Patientin wieder ganz lebhaft, rechnet leichte Exempel im Kopf ganz geläufig, schrieb auf die Tafel und später auch auf Papier sehr gut ihren Namen und andere Worte. Nur das Wort Weihnachten scheint ihr Schwierigkeiten gemacht zu haben, sie kommt wenigstens nicht über „Wei“ hinaus und löscht wiederholt alles wieder weg. Hiebei ist eine ganz geringe Andeutung von choreatischer Bewegung in der schreibenden Hand, was aber ebenso gut als Verlegenheitsbewegung aufgefasst werden kann, da Patientin das genannte Wort nicht schreiben kann. Jedenfalls muss die Chorea von einem vorurteilsfreien Beobachter als völlig verschwunden angesehen werden.

Mit Ausnahme einer neulichen, vorübergehenden leichten psychischen Depression (Patientin weinte etwas und sprach von unbezahlten Schulden) ist die Gemütsverfassung eine ziemlich gute. Eine Art Ermüdung scheint hier nicht vorhanden zu sein.

Appetit auffallend gut. Patientin isst, was ihr unter die Finger kommt. Schlaf ebenfalls sehr gut.

22. XII. 94.: Patientin fragt heute, ob das Haus, in dem sie sich befinde, die medizinische Klinik sei. Hier sei sie erst seit 14 Tagen, das habe ihr die kleine Kranke, die mit ihr dasselbe Zimmer bewohnt, gesagt; auch stehe das auf der Tafel über ihrem Bett. (Auf

derselben ist das Datum ihrer Rückkehr in die medizinische Klinik verzeichnet). Dass sie im Ganzen schon circa 7 Wochen hier ist, und zwischendurch $1^1/_2$ Wochen in der Frauenklinik gewesen ist, weiss sie nicht. Sie erinnert sich überhaupt nicht, dass sie während ihres hiesigen Aufenthaltes je aus dem Hause gekommen ist. Dass sie anfangs, ehe sie isoliert wurde, auf Zimmer Nr. VII gelegen hat, fällt ihr erst wieder ein, als sie daran erinnert wird. Dass sie mehrere Tage und Nächte sich auf dem nackten Fussboden herumgewälzt habe, ist ihr nicht erinnerlich. Sie weiss jedoch, dass damals alle Möbel aus ihrem Zimmer ausgeräumt worden waren.

Patientin ist ruhig, willig und bescheiden, spricht etwas mehr wie früher, manchmal, aber nur selten, auch unaufgefordert und antwortet auf Fragen deutlich besser und schneller als bisher.

Sie spricht davon, dass sie gerne wieder fort und arbeiten möchte.

30. XII. 94.: Patientin ist in der letztvergangenen Woche immer von Tag zu Tag klarer und besinnlicher geworden, gibt auf alles vernünftig und bescheiden Antwort, macht willig und gern allerlei kleinere Arbeiten. Ist sie jedoch nicht beschäftigt, so sitzt sie meist ruhig auf einem Stuhl am Fenster, gewöhnlich mit dem Rosenkranz in der Hand und macht dabei einen ziemlich matten, müden, manchmal etwas schlaftrunkenen, zu anderen Zeiten wieder etwas nachdenklichen Eindruck. Sie will jetzt gern wieder ordentlich arbeiten, das Nichtsthun gefällt ihr nicht mehr; sie will zunächst zu ihren Verwandten, sich dort den Winter über im Haushalt beschäftigen und im Frühjahr wieder eine Dienststelle annehmen. Sie wird also heute entlassen und wird von ihrem Bruder mitgenommen.

Epikrise.

Aus der soeben ausführlich mitgeteilten Krankheitsgeschichte geht ohne weiteres hervor, dass wir es mit einem äusserst schweren Falle von Chorea gravidarum zu thun haben. Irgend welche sonstige ursächlichen Momente für die Chorea, abgesehen von der Gravidität waren nicht nachweisbar. Ich kann hier noch hinzufügen, dass auch die Verwandten der Patientin die Angabe machten, dass Patientin früher niemals an Veitstanz gelitten habe; auch von einem früheren Gelenkrheumatismus konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

Patientin war Erstgebärende. Die Chorea trat etwa im 5. Monat der Schwangerschaft ein. Beide genannten Umstände entsprechen den am häufigsten vorkommenden Verhältnissen. Dass Patientin ausserehelich geschwängert war, ist insofern vielleicht nicht ganz ohne Belang, als die psychische Erregung, die Furcht vor der Zukunft, vielleicht bei der Entstehung der Chorea eine Rolle spielt.

Die Chorea selbst trat augenscheinlich rasch auf und erreichte in kurzer Zeit einen ungemein hohen Grad. Nur wenige Tage konnte Patientin im Bett bleiben; dann musste sie in einem besonderen kleinen Zimmer der Klinik isoliert werden und auf Matratzen am Boden gebettet werden. Die körperliche Unruhe erreichte nun den höchsten Grad. Der ganze Körper, die Extremitäten, Kopf und Gesicht waren in beständiger Bewegung. Die bizarrsten und merkwürdigsten Bewegungen und Stellungen waren sichtbar, das Gesicht zeigte die eigentümlichsten Verzerrungen. Nur mit Mühe konnte Patientin vor schlimmen Verletzungen bewahrt werden. Die Nahrungsaufnahme war sehr erschwert, der Schlaf sehr gestört. Nur wenn Patientin schliesslich wirklich schlief, hörten im Schlaf die Bewegungen vollständig auf.

Von Begleiterscheinungen der Chorea erwähnen wir das anfängliche systolische Geräusch am Herzen, welches später verschwand. Sonstige örtliche Komplikationen traten nicht auf.

Von grossem Interesse war aber die begleitende Psychose. Zu einer neueren Arbeit hat Möbius (Neurologische Beiträge, Heft II) die Seelenstörungen bei Chorea einer ausführlichen Besprechung unterzogen. Möbius führte in dieser Arbeit, auf welche wir hiermit wegen alles Näheren verweisen, den Gedanken aus, dass die Chorea eine acute Infektionskrankheit sei und dass daher die Seelenstörungen bei Chorea analog zu setzen seien den Psychosen bei anderen acuten Infektionen (Typhus, Pneumonie etc.)

Unser Fall bietet ein vorzügliches Beispiel einer schweren choreatischen Psychose dar. Die psychischen Erscheinungen bestanden in allgemeiner Verwirrtheit, in Aufregung, in Angstvorstellungen, in Delirien und leichten Hallucinationen. Es dauerte mehrere Wochen, bis Patientin allmählich wieder ruhig und über die Aussenwelt wieder richtig orientiert wurde. Im Vereine mit der Chorea machte sie anfänglich oft einen fasst maniakalischen Eindruck.

Das relativ häufige Auftreten von psychischen Erscheinungen bei der Chorea ist von Interesse für die Lokalisation der Erkrankung. Man kann fast behaupten, dass bei jeder schweren Chorea die Psyche der Kranken etwas leidet. Dies scheint darauf hinzuweisen, dass die Hirnrinde oder jedenfalls höhere Gehirnteile der eigentliche „Sitz“ der Chorea sind. Hiermit stimmt auch gut überein die Art der choreatischen Bewegungen. Dieselben sind zum grossen Teil nicht einfache Zuckungen, wie bei Reizen in niederen motorischen Gebieten, sondern kompliziertere Bewegungen nach Art der Ausdrucks- und Affektbewegungen. Solche Bewegungen können nur durch Reizung hoch gelegener („psychomotorischer“) Cen-

tren entstehen. Bei künftigen anatomischen Forschungen über Chorea sollte vor allem das Grosshirn und speziell die Gehirnrinde genau durchforscht werden. Auch die Halbseitigkeit der Zuckungen in manchen Fällen von Chorea spricht für den cerebralen Sitz der Krankheit. In unserem Falle war ein Überwiegen der einen Seite über die andere nicht vorhanden.

Als unsere Patientin in die Klinik aufgenommen worden war, wurde zunächst versucht, mit inneren Mitteln das Leiden zu bessern. Es musste dies geschehen mit Rücksicht auf das Leben des Kindes. Da in einigen schweren Fällen von Chorea bei Nichtschwangeren das Bromkalium anscheinend gute Dienste geleistet hatte, so wurde auch bei unserer Patientin zuerst mit diesem Mittel ein Versuch gemacht. Aber trotz grosser Dosen hatte das Bromkalium gar keinen Einfluss auf die Stärke der Chorea. Man versuchte darauf das Chloral. Dieses schien vorübergehend die Unruhe zu bessern, hatte aber ebenfalls keinen dauernden Nutzen. Mehrmals mussten Morphium-Injektionen gemacht werden, welche anfangs Schlaf und Ruhe herbeiführten, später aber auch ihre Dienste versagten.

Als Patientin 20 Tage lang in der inneren Klinik vergeblich behandelt war, beschlossen die Herren Prof. Dr. v. Strümpell und Dr. Frommel die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Es schien nicht möglich, auf andere Weise eine Besserung zu erzielen. Durch ein weiteres Fortbestehen der zum höchsten Grade gesteigerten Chorea mit gleichzeitiger Psychose schien das Leben von Mutter und Kind in höchstem Grade gefährdet. So musste daher die Rücksicht auf die Mutter die Oberhand gewinnen. Am 30. November wurde daher auf der hiesigen Frauenklinik durch Herrn Prof. Dr. Frommel die Frühgeburt eingeleitet; am 3. Dezember erfolgte ohne besondere Zwischenfälle die Geburt eines unreifen toten

Knaben. Der Einfluss auf die Chorea war ein erstaunlich günstiger. Die schweren Zuckungen liessen fast unmittelbar nach der Geburt nach. Nach wenigen Tagen hörten die Zuckungen ganz auf, so dass die Chorea als solche geheilt war.

Etwas länger dauerte es, bis Patientin auch in psychischer Beziehung wieder völlig klar war. Sie war noch mehrere Wochen lang etwas verwirrt, apathisch, in einer Art Dämmerzustand. Die Erinnerung an das Vergangene war ganz verschwunden. Von ihrer ganzen Entbindung etc. wusste Patientin gar nichts! Dann aber wurde sie rasch besser und etwa 4 Wochen nach der künstlichen Frühgeburt konnte sie auch in psychischer Hinsicht als völlig geheilt betrachtet werden.

Dieser günstige Einfluss der künstlichen Frühgeburt ist praktisch und theoretisch höchst interessant. In praktischer Hinsicht lernen wir daraus, dass wir in der künstlichen Frühgeburt ein Mittel besitzen, selbst bei schwerster Chorea gravidarum rasch völlige Heilung herbeizuführen. Wir werden dieses Mittel natürlich nur dann anwenden, wenn alle anderen Mittel erschöpft sind, und wenn wirklich Gefahr für die Mutter droht. Dann aber ist es entschieden indiziert und, wie unser Fall lehrt, leicht und mit vollstem Erfolg anwendbar.

In theoretischer Hinsicht zeigt dieser Einfluss der künstlichen Frühgeburt auf den Krankheitsverlauf, dass doch in der Gravidität selbst irgend welche Umstände liegen, welche die Heftigkeit der choreatischen Erscheinungen bedingen. Worin diese Umstände bestehen, wissen wir nicht. Freilich wird man am ehesten an reflektorische Einflüsse vom Uterus aus denken müssen. Das Nähere wo und wie ist aber noch völlig rätselhaft.

Auch wir wollen auf diese schwierige Frage nicht näher eingehen. Unsere Absicht war nur, durch Mit-

teilung der obigen Krankengeschichte einen kleinen kasuistischen Beitrag zu dem interessanten klinischen Krankheitsbilde der Chorea gravidarum zu geben.

Meinen verehrten Lehrern, den Herren Professoren Dr. von Strümpell und Dr. Frommel danke ich auch an dieser Stelle für die freundliche Überlassung der Krankengeschichte. Herrn Prof. Dr. von Strümpell danke ich noch besonders für die vielfache Hilfe und Unterstützung bei der Ausführung dieser Arbeit.